UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937 — N° 111

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE PRÉCOCE OU RETARDÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUË DES ADOLESCENTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 21 Avril 1937

PAR

Camille-Jean-Joseph FIDELIN

Né à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), le 8 Février 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur..... *Président.*
ROCHER, professeur.....
LOUBAT, agrégé..... } *Juges.*
MASSÉ, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3
—
1937

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536509_0065

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937 — N° 111

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE PRÉCOCE OU RETARDÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUË DES ADOLESCENTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 21 Avril 1937

PAR

Camille-Jean-Joseph FIDELIN

Né à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), le 8 Février 1909

Examinateurs de la Thèse :

MM. BÉGOUIN, professeur..... *Président*

ROCHER, professeur.. .....

LOUBAT, agrégé... ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

Place de la Victoire, 3

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC
ASSESSEUR : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	DUPOUY
Zoologie et parasitologie	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN

	MM.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale infantile et orthopedie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto stomatologique	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), PAPIN (Chirurgie générale) R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie et embryologie	N... / DUFOUR
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	PIECHAUD, DELMAS-MARSALET, DE GRAILLY, FONTAN, BROUSTET, DERVILLÉE

	MM.
Chirurgie générale	MASSÉ / DARGET
Obstétrique	RIVIÈRE
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale, pharmacie et toxicologie	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	RIVIÈRE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET
Puériculture	FAUGÈRE
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Botanique	GIRARD
Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI

Ophtalmologie ..... CABANNES (en congé)
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma tendre affection et de ma plus vive reconnaissance pour les grands sacrifices qu'ils se sont imposés pour m'encourager dans la noble voie qu'est la Médecine.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

En témoignage de mon affection et de mon dévouement.

A MA CHÈRE FEMME

En gage de ma profonde tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de toute mon affection.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET ORTHOPÉDIE

MEMBRE DES SOCIÉTÉS INTERNATIONALES
DE CHIRURGIE ET D'ORTHOPÉDIE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

MEMBRE DES SOCIÉTÉS ITALIENNE ET BELGE D'ORTHOPÉDIE

MEMBRE DES SOCIÉTÉS DE PÉDIATRIE DE PARIS ET DE MADRID

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS POLONAIS

MEMBRE D'HONNEUR DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ROUMAINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance et de notre très grande admiration.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueuse admiration.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE PRÉCOCE OU RETARDÉE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUË

DES ADOLESCENTS

INTRODUCTION

Le traitement de l'ostéomyélite aiguë a suscité de nombreux travaux au cours de ces dernières années. On a surtout discuté sur le moment le plus favorable à l'intervention.

C'est donc une question en pleine évolution que celle qui doit faire le sujet de cette thèse.

Aussi, loin de nous l'idée d'apporter une conclusion définitive à un sujet qui a tellement été débattu, et à propos duquel tant d'avis contradictoires ont été émis par les voix les plus autorisées.

Le nombre restreint de nos observations ne nous permettrait pas, d'ailleurs, d'étayer une conclusion solide.

De la discussion jaillit la lumière, dit-on. Nous essaierons donc, bénéficiant des notions fécondes qui ont été acquises au cours de ces débats, d'une part, à l'aide des faits que nous avons pu réunir, d'autre part, de dégager sinon une conclusion définitive, du moins une impression d'ensemble

sur le moment le plus favorable à l'intervention chirurgicale dans l'ostéomyélite aiguë des adolescents.

Les petits os des mains et des pieds sont rarement le siège de l'ostéomyélite qui frappe habituellement les grands os des membres.

Notre étude aura trait surtout à cette localisation habituelle, particulièrement grave, non seulement d'une manière immédiate parce que c'est un foyer infectieux profond, mais encore redoutable pour l'avenir fonctionnel d'un membre.

LES BASES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Toute étude thérapeutique doit nécessairement reposer sur une connaissance précise des lésions anatomiques. Elle doit aussi tenir compte des formes cliniques si diverses de la maladie.

Nous étudierons donc d'abord l'anatomie pathologique de l'ostéomyélite aiguë en insistant sur les caractères des lésions susceptibles d'application thérapeutique.

Puis, nous rappellerons brièvement les notions universellement admises actuellement sur la pathogénie de l'ostéomyélite aiguë.

Enfin, nous classerons schématiquement les principales formes cliniques si nombreuses de cette affection; c'est un tableau capital à dresser, car très différentes sont les indications thérapeutiques, suivant le cas considéré.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique de l'ostéomyélite aiguë des adolescents

C'est au niveau du bulbe de l'os, au voisinage du cartilage de conjugaison que les lésions d'ostéomyélite ont leur point de départ.

Lannelongue a bien montré que l'infection de la moelle osseuse était le fait essentiel primitif.

Les altérations osseuses proprement dites sont secondaires, que ce soit une nécrose par suppuration ou une ostéoporose transitoire par congestion.

Aussi, pour cet auteur, il importe d'établir le plus tôt possible un drainage suffisant des espaces médullaires. « La trépanation de l'os est la seule méthode dont l'opportunité et les indications soient indéniables, elle doit être appliquée avec hâte » et « on ne fait qu'imiter la nature qui agit avec trop de lenteur ».

En ouvrant aussitôt que possible le canal médullaire, Lannelongue pensait diminuer la mortalité générale de la maladie, éviter au point de vue local la formation des séquestres étendus et la complication d'arthrites suppurées. Or, une pareille règle de conduite ne semble pas avoir été suivie de résultats très heureux.

« Les événements ont amplement prouvé que ces conceptions « mécanistes » n'ont aucune valeur, déclare Leveuf.

« Quelles que soient la précocité et l'étendue de la trépa-

nation, on n'en voit pas moins des morts, des pandiaphysites et des pyarthroses. »

Au contraire, un certain nombre de faits portent à penser que la trépanation d'urgence est capable d'aggraver les lésions. C'est du moins ce que montrent les importantes statistiques de Rost, d'Otto Mayer, de Mordemholt, dont la valeur tient à ce que ces observations ont été recueillies dans le même service.

Rost, par exemple, a réuni tous les cas qui avaient été opérés dans la clinique d'Enderlen au courant des vingt dernières années. Avant l'arrivée d'Enderlen, on incisait simplement les abcès sous-périostés. Depuis Enderlen, toutes les ostéomyélites avaient été systématiquement trépanées. Or, sur 226 cas, on trouve 156 incisions avec 7 pour 100 de mortalité et 70 trépanations avec 14 pour 100 de morts.

D'un autre côté, Mayer rapporte l'opinion de Brandt qui montre que plus on retarde la trépanation, plus la mortalité diminue. Il donne les chiffres suivants :

42,1 pour 100 de morts après trépanation dans les cinq premiers jours;

13,3 pour 100 si on trépane au quatorzième jour.

Puisque la trépanation précoce semble avoir une action si néfaste sur l'évolution des lésions osseuses, ceci nous permet déjà de penser que l'on devra être sobre d'interventions précoces dirigées directement sur l'os.

Au contraire, Leveuf, Brocq, Lombard, Saroste, beaucoup d'autres auteurs ont insisté — et leurs observations semblent assez démonstratives — sur le rôle prophylactique du traitement orthopédique (immobilisation stricte du membre dans une gouttière plâtrée), pour diminuer la production des séquestres volumineux « dont tous les traités classiques reproduisent les images suggestives ».

Au début d'une ostéomyélite aiguë, il conviendra donc d'immobiliser immédiatement le membre atteint pour éviter ou limiter autant que possible les dégâts osseux.

LES ARTHRITES DE VOISINAGE

Les lésions osseuses de l'ostéomyélite aiguë sont souvent grosses de conséquence du fait de leur localisation au voisinage d'une articulation. Une ostéomyélite constituée près d'une articulation se complique souvent d'arthrite de l'articulation voisine. Une telle infection de l'articulation peut se faire par des diverses modalités : propagation par contiguïté ou bien par innoculation directe.

Dans les cas les plus heureux l'infection se fait par contiguïté. Comme toute séreuse placée au voisinage d'un foyer inflammatoire, la synoviale réagit, d'où formation d'un épanchement articulaire d'abord séreux, bientôt louche, avant de devenir, dans certains cas seulement, purulent.

Dans d'autres cas, l'innoculation de l'articulation est massive, par irruption directe du pus d'une collection sous-périostée dans la cavité articulaire.

Du fait de ce deuxième mode de propagation, l'arthrite, bénigne le plus souvent, peut revêtir un caractère de gravité très grande.

En effet, alors que dans le premier cas la séreuse a pu réagir et se mettre en état de défense contre l'arthrite progressive qui s'établit, dans la deuxième éventualité, l'irruption brutale du pus vient surprendre une articulation saine, non préparée, imprimant à l'arthrite un caractère infiniment plus grave comme retentissement général.

Cette deuxième éventualité est heureusement exceptionnelle. Petit, dans sa thèse, n'en a signalé qu'un cas au niveau de l'articulation de la hanche, et de même Leveuf n'en a constaté qu'un cas au niveau de l'articulation du genou.

Notons à ce propos qu'il ne semble pas que la localisation de l'ostéomyélite ait l'importance qu'on a voulu lui accorder dans la genèse de ce deuxième mode de propagation.

En présence d'une ostéomyélite aiguë on surveillera donc attentivement les articulations voisines du foyer infecté. A ce sujet la prévention la meilleure sera encore l'immobilisation stricte du membre.

ÉTUDE ANATOMIQUE DES COMPLICATIONS

Les lésions de l'os et des articulations se compliquent fréquemment de fusées purulentes, de destruction osseuse plus ou moins étendue.

Des déformations sont souvent la conséquence des lésions osseuses et de l'arthrite suppurée. Il est important de les connaître : le même traitement orthopédique préconisé plus haut, doit permettre de les limiter, sinon de les éviter.

CHAPITRE II

La pathogénie de l'ostéomyélite aiguë

La conception actuelle de la pathogénie de l'ostéomyélite peut se schématiser très simplement.

1° Une porte d'entrée d'innoculation microbienne.

2° Une phase de bactériémie.

3° Une phase de localisation.

C'est habituellement par une lésion cutanée que se fait l'introduction du staphylocoque dans l'organisme. Pourtant si la porte d'entrée est parfois évidente (furoncle, angine, otite, etc.), elle demeure le plus souvent inaperçue.

La phase de bactériémie. — C'est par la voie sanguine que le germe parvient jusqu'à l'os où il se fixera : la localisation osseuse est donc toujours précédée d'un stade de bactériémie bien que celle-ci passe souvent inaperçue, ne puisse pas être décelée par le laboratoire. A noter cependant que d'une façon générale, il existe une certaine relation entre la gravité de l'ostéomyélite et la présence d'une hémoculture positive.

La phase de localisation. — Elle est caractérisée par l'apparition de lésions d'un degré variable pouvant aller de l'abcès sous-périosté aux lésions osseuses les plus étendues. L'importance des lésions osseuses est en effet sujette à de grandes variations. A la période initiale de l'ostéomyélite, aucun signe ne permet de prévoir le degré de l'atteinte osseuse. Il n' existe aucun rapport entre la gravité des phé-

nomènes généraux, le volume de l'abcès sous-périosté et l'importance de la nécrose résiduelle de l'os. Ce n'est qu'après un certain délai d'évolution de la maladie qu'on peut faire le bilan des dégâts osseux.

C'est à ce moment que la radio en révélant l'importance des lésions osseuses permettra de proportionner l'acte opératoire à l'étendue de ces lésions.

Ce schéma si commode peut s'appliquer aux formes franches de l'ostéomyélite à foyer unique, il ne cadre plus avec les formes septicémiques et septico-pyohémiques.

C'est à l'interprétation de ces formes graves que nous voulons nous arrêter. L'importance en est grande au point de vue thérapeutique.

Petit en a donné une explication qui semble tout à fait juste.

« Comment interpréter ces formes graves de l'ostéomyélite, dit-il ? Faut-il considérer l'infection générale de l'organisme comme une conséquence de l'ostéomyélite, autrement dit, l'ostéomyélite est-elle infectante ?

« L'importance pratique qu'il peut y avoir à préciser ce point est capitale. En effet, si les lésions locales sont infectantes, seule une intervention immédiate assurant un drainage parfait des lésions osseuses permettra d'améliorer le pronostic.

« Cette conception semble avoir prévalu, puisque la plupart des travaux insistent sur le caractère d'urgence absolue de l'ostéomyélite suraiguë, urgence que Broca compare à celle de la hernie étranglée.

« Les résultats de cette conduite sont mauvais : mort ou aggravation, ou bien les résultats sont nuls : l'intervention n'est marquée d'aucun phénomène de détente. Dans les cas qui ont guéri, l'intervention ne paraît en aucune façon avoir modifié l'affection. Il ne faudrait pas croire que ces formes soient au-dessus des ressources de la chirurgie, elles ne dépendent pas de la chirurgie. »

C'est aussi une opinion tout à fait identique que Leveuf

émet à ce sujet : « Bien vite se distinguent les formes dites septicémiques, la température se maintient à un niveau élevé, les hémocultures restent positives, l'état général est grave alors que le foyer osseux marque un silence relatif. Cette évolution témoigne d'un défaut complet de résistance de l'organisme contre le staphylocoque. Aucun traitement local, pas même l'amputation (Aubert, deux cas), n'est capable de sauver les malades de cette catégorie. »

Les résultats favorables obtenus par la méthode d'abstention opératoire dans les formes graves d'ostéomyélite aiguë doivent les faire assimiler à ces formes septicémiques et septico-pyohémiques en général, c'est-à-dire les faire considérer comme une conséquence de la virulence particulière du germe ou de la résistance insuffisante du malade. La localisation n'est pas responsabe de la gravité de l'évolution, et comme l'a dit notre Maître M. le Professeur Rocher, « le danger est hors des limites du foyer opératoire ».

Cette notion de virulence microbienne peut servir de base à une classification des formes cliniques si nombreuses de l'ostéomyélite aiguë :

1° Les formes septicémiques et septico-pyohémiques sont dues aux germes les plus virulents. Dans les formes septicémiques, l'organisme ne réagit en aucune façon. Dans les formes septico-pyohémiques cette réaction est ébauchée mais insuffisante pour enrayer l'infection générale qui domine le tableau clinique et fait toute la gravité de la maladie. C'est évidemment contre elle que devra porter le principal de l'effort thérapeutique, la lésion locale accessoire est un témoin de la médiocrité des réactions de défense. L'inutilité d'une intervention chirurgicale en pareil cas est certaine, elle serait même dangereuse. C'est l'avis de notre Maître M. le Professeur Rocher qui déclare :

« En présence d'un septicémique, le chirurgien doit avouer le plus souvent son impuissance et doit craindre même toute manœuvre opératoire qui viendrait accélérer

l'issue fatale ou entraver les quelques chances qu'à l'organisme de faire lui-même son propre rétablissement. »

2° Les formes aiguës franches sont le témoin d'une virulence microbienne certaine à laquelle l'organisme oppose une défense efficace. La bactériémie est passagère, l'ostéomyélite évolue comme une maladie locale essentiellement justiciable d'une thérapeutique chirurgicale.

3° Les formes atténuées à résolution spontanée sont la conséquence d'une faible virulence microbienne bientôt dominée par l'organisme.

CHAPITRE III

Etude clinique

L'examen clinique aura pour but non seulement de porter le diagnostic d'ostéomyélite aiguë mais aussi d'en préciser la forme.

Ce que nous avons dit plus haut nous laisse déjà prévoir que le traitement sera variable suivant la forme de la maladie. On conçoit dès lors l'intérêt de cette étude clinique du point de vue de la thérapeutique.

Or, si souvent les symptômes permettent de classer le type observé suivant le tableau que nous avons donné au chapitre précédent, il faut savoir que certains cas sont difficiles à distinguer.

C'est ce que nous nous proposons essentiellement de montrer dans cette étude.

Les formes septicémiques et septico-pyohémiques. — Ces formes ne peuvent être séparées. Dans l'une comme dans l'autre l'importance de l'infection générale s'impose d'emblée. Ces formes commencent toutes par une septicémie qui évolue quand le malade résiste à la phase initiale de la maladie comme une pyohémie. Ce sont en quelque sorte deux stades d'une même affection, une septico-pyohémie à détermination osseuse surtout, exceptionnellement viscérale.

Les formes septicémiques prennent parfois un type hypertoxique mortel en quelques heures. Le tableau est toujours grave d'emblée. Après un début quelquefois brutal

avec frissons, la température persiste en plateau. L'hémoculture positive vient confirmer le diagnostic de septicémie.

La maladie se poursuit ainsi; l'état général reste grave alors que le foyer osseux marque un silence relatif. Cette évolution témoigne d'un défaut complet de résistance de l'organisme contre le staphylocoque. Aucun traitement local n'est capable de sauver les malades de cette catégorie.

Dans les formes septico-pyohémiques, le caractère essentiel de l'infection générale s'impose tout autant. L'état est grave, il ne présente pas toujours le caractère immédiatement inquiétant des formes septicémiques. Successivement ou simultanément, des localisations multiples apparaissent. Ces foyers suppurent, mais souvent sans présenter de caractère franchement inflammatoire, véritables suppurations froides découvertes parfois au cours de l'examen méthodique. Une hémoculture positive n'est pas un fait constant. On sait l'intérêt qu'il y a à faire des prises de sang à l'acme des poussées fébriles.

L'évolution peut se poursuivre ainsi pendant des mois, puis, si le sujet résiste, l'état général s'améliore, la température revient progressivement à la normale.

L'amélioration, souvent spontanée, est parfois attribuée à une thérapeutique dont il est difficile d'apprécier la véritable efficacité.

Ces formes septico-pyohémiques peuvent présenter des degrés de gravité essentiellement variable.

Les formes aiguës franches. — Le diagnostic est souvent difficile avec les formes précédentes. La maladie débute fréquemment comme une infection aiguë sans localisation manifeste. Puis les signes locaux apparaissent siégeant le plus souvent du côté des membres, à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse. La suppuration affecte alors un caractère franchement inflammatoire, la peau devient rouge, luisante, chaude à ce niveau, la palpation est douloureuse. Pratiquée avec douceur elle permet de reconnaître une tuméfaction

osseuse dans la profondeur. En même temps que s'accuse cette localisation la défervescence se manifeste, les hémocultures positives disparaissent si elles existaient et on constate une amélioration sensible de l'état général, témoignant la réaction de l'organisme contre le staphylocoque.

L'infection localisée entre dès lors dans la phase chirurgicale.

Les formes à résolution spontanée. — Ce sont les formes non suppurées de l'ostéomyélite dont l'existence est universellement admise aujourd'hui. Les signes ne diffèrent en rien de la forme précédente. Seule l'évolution est autre; en quelques jours les symptômes s'amendent. Cette terminaison heureuse survient plus ou moins rapidement, en quelques jours le plus souvent.

Soulignons donc à ce propos la nécessité qu'il y a à attendre la certitude d'une suppuration avant d'intervenir.

Les formes intermédiaires. — Entre ces formes classées, tous les intermédiaires existent. Il peut alors être très difficile d'apprécier la part de l'infection générale et celle de la lésion locale. Nous avons déjà suffisamment montré dans ce qui précède l'importance de cette distinction au point de vue thérapeutique. Il nous est facile de donner quelques exemples des difficultés rencontrées dans la pratique. Une infection septico-pyohémique peut s'épuiser après un nombre variable de localisations dont certaines évoluent comme lésions locales graves sur lesquelles devra porter désormais tout l'effort thérapeutique.

Toute forme à foyers multiples n'est pas nécessairement une septicémie.

Bien différents sont les cas où deux foyers apparus simultanément évoluent avec des caractères inflammatoires nets. On peut supposer qu' à la faveur de la bactériémie initiale, il y a eu double ensemencement. L'état général, habituellement sérieux dans ces cas, ne provient pas d'une infection

générale persistante, mais de l'évolution simultanée de deux foyers inflammatoires. Certaines formes typiques aiguës, observées tardivement ou insuffisamment traitées, présentant un état général inquiétant avec fièvre hectique, peuvent simuler une forme pyohémique.

Mais les lésions locales sont graves, la suppuration abondante, il existe souvent des fusées à distance. L'état général s'est aggravé peu à peu, sans présenter d'emblée les caractères inquiétants des formes plus sévères. L'hémoculture est négative. On n'observe pas l'éclosion de nouveau foyer.

Le drainage satisfaisant des lésions assure une amélioration rapide.

Toutes ces formes intermédiaires rendent souvent très difficile le pronostic et la décision thérapeutique.

Nous retiendrons surtout de cette étude qu'un état général d'emblée grave, des localisations frustes sont les caractéristiques d'une infection générale prédominante, confirmée souvent par les résultats de l'hémoculture. Infection générale qui nécessite surtout une thérapeutique médicale.

Toute intervention chirurgicale importante, inutile, est un facteur certain d'aggravation.

Il faut savoir suivre attentivement l'évolution de la maladie pour pouvoir n'intervenir qu'à bon escient.

CHAPITRE IV

Indications opératoires

Ce chapitre ne sera qu'un résumé de ce que nous avons longuement exposé au cours de cette étude.

L'ostéomyélite aiguë ne nécessite pas une intervention d'urgence. Par intervention d'urgence, on entend intervention pratiquée dès l'apparition des premiers symptômes et non l'intervention précipitée après une évolution, déjà longue, en présence de lésions avancées.

De nombreuses raisons s'opposent à cette intervention d'urgence.

En quelques heures, des lésions importantes n'ont pas eu le temps de se constituer.

On s'expose à faire une intervention inutile et dangereuse.

Inutile, car des ostéomyélites à résolution spontanée peuvent fort bien débuter avec toutes les apparences d'une forme sérieuse.

Dangereuse, car on s'expose à opérer en période de septicémie.

Si on est appelé à examiner une ostéomyélite aiguë dans les premières heures, on temporisera donc en instituant un traitement d'attente : traitement général (trypaflavine, vaccinothérapie), auquel on adjoindra un traitement orthopédique précoce (immobilisation rigoureuse du membre dans une gouttière plâtrée fenêtrée).

Cette période d'attente permet d'effectuer des examens d'un haut intérêt : hémoculture, radiographie.

Durant toute cette période, le malade devra être maintenu sous une étroite surveillance. Nous avons déjà attiré l'attention sur la nécessité de surveiller très attentivement l'articulation voisine du foyer infectieux. L'évolution décidera de la meilleure mesure thérapeutique.

Dans les formes septicémiques, on s'abstiendra de toute intervention locale, on instituera une thérapeutique médicale dont nous laisserons le choix à chacun, dans l'impossibilité où nous sommes d'indiquer la meilleure.

Dans les formes septico-pyohémiques, la thérapeutique médicale demeure l'essentiel du traitement pendant la période active de l'infection.

Des interventions peuvent toutefois devenir nécessaires : s'il y a des foyers osseux avec du pus, il faut les vider par des ponctions ou de petites incisions sous anesthésie locale; il faudra alors aller vite, faire des opérations de quatre à cinq minutes, de simples incisions de drainage, mais ne jamais prétendre à une opération ayant un caractère définitif.

Dans la convalescence de la septicémie, la chirurgie reprendra tous ses droits et à l'abstention du début succédera une période d'activité opératoire salutaire.

Dans les formes aiguës franches, il importe de temporiser en attendant qu'une collection sous-périostée bien nette se soit constituée. Durant cette période d'attente, deux mesures s'imposent : immobilisation stricte du membre, traitement général.

Nous avons suffisamment insisté sur le moment le plus favorable à l'intervention. Il faut opérer après extinction de la phase septicémique,toute lésion locale importante ne présentant aucune tendance à la résorption spontanée.

Il est pourtant une exception à cette règle. Il existe, en effet, une forme d'ostéomyélite aiguë à lésion de nécrose extensive, rapide, qu'on observe surtout au niveau du tibia. L'état général, habituellement sérieux dans ce cas, ne provient pas d'une infection générale persistante, mais bien de

l'étendue des lésions locales. Il convient alors de débarrasser l'organisme le plus tôt possible de ce foyer infectieux par une large résection osseuse.

Le beau résultat obtenu par notre Maître le Professeur Bégouin (obs. V), par dyaphysectomie précoce dans un cas de cette sorte, vient confirmer heureusement cette indication opératoire spéciale.

OBSERVATIONS

Nous les avons groupées dans l'ordre correspondant au tableau déjà dressé des diverses formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë des adolescents.

Formes septicémiques

Observation I

(Communiquée par M. le Docteur Lasserre)

Cir... Jul..., dix ans.
Ostéomyélite du péroné à forme septicémique hypertoxique.
Nous manquons de renseignements cliniques.
Intervention : résection du péroné.
Morte au huitième jour.

Nous avons rapporté ce cas malgré la pénurie de renseignements, car il illustre bien ce que nous avons longuement répété : aucun traitement local n'est capable de guérir ces formes septicémiques hypertoxiques.

Formes à foyers multiples

Dans ce chapitre sont groupés des cas très divers. La première observation (obs. II) est une véritable septico-pyohémie d'évolution grave. Les observations 2, 3, 4 sont des septico-pyohémies à évolution moins grave. La dernière observation (obs. V) n'est pas une véritable septico-pyohémie, elle se rapporte à un malade ayant présenté deux

localisations mais dont l'histoire clinique est celle des formes aiguës bien localisées de l'ostéomyélite.

Observation II

Guil... Juliette, dix ans.

Ostéomyélite aiguë os iliaque gauche avec apparition d'un petit foyer secondaire au niveau du troisième métacarpien de la main droite.

Entre à l'hôpital le 31 mars 1933.

L'enfant se plaint de souffrir de la hanche gauche depuis le 24 mars 1933. Pas de boiterie, fièvre légère, anorexie, constipation, épistaxis, insomnie. L'enfant ne peut être déplacé que difficilement. Le membre inférieur gauche est en flexion de la cuisse sur le bassin à 80 degrés. Abduction de 30 degrés et légère rotation externe. Empâtement diffus de la racine de la cuisse gauche. Œdème avec légère rougeur au niveau du plan postérieur, région lombo-iliaque, fémur, trochanter; circulation veineuse collatérale. L'aile iliaque est très douloureuse, la percussion du trochanter réveille aussi la douleur. La tête fémorale perceptible en dedans des vaisseaux est peu douloureuse. On ne peut remettre le membre en position correcte en raison de la douleur éprouvée.

Inflexion du bassin.

Ventre assez fortement tendu. Pas de selles depuis une semaine, fosse iliaque gauche douloureuse, sans défense abdominale proprement dite.

Intervention le 31 mars 1933.

Anesthésie à l'éther.

Sous l'anesthésie, on sent nettement un gros épaississement de l'os iliaque gauche et de la fluctuation au niveau de la fosse iliaque. La cuisse reste en attitude vicieuse. Psoïtis. Après ponction au troquart de la fosse iliaque externe, il s'écoule du pus, louable en quantité moyenne. Incision de 2 centimètres qui amène sur un os dénudé.

Drainage avec un gros drain.

Ponction de la fosse iliaque interne au ras de l'épine iliaque, antéro-supérieure; puis drainage avec un gros drain de caoutchouc.

En résumé, simple intervention minima de drainage.

Pus astaphylo.

Enfant très fatigué. Toni-cardiaque. Sérum sous-cutané.

1er avril 1933 : état septicémique, température à 40° 8, pouls à 140. Langue rôtie, facies intoxiqué. Apparition d'un petit foyer phlegmoneux au niveau du troisième métacarpien de la main droite.

On fait de la septicémine, sérum toni-cardiaque, abcès de fixation.

Le 2 avril 1933 : la température est toujours élevée à 40°; facies très altéré. Situation inchangée. Bacté-staphyphage intra-veineux.

Localement, peu d'écoulement purulent; fosse iliaque externe toujours empâtée. Rien à la hanche.

Anti-phlogistile sur le foyer métacarpien. Pas d'autre foyer, semble-t-il. Cependant, le malade paraît souffrir du cartilage épiphysaire inférieur du fémur droit.

Le 2 avril 1933, à 22 heures, la famille emporte l'enfant qui est en plein délire. Température à 41°. Mort.

Forme septico-pyohémique grave à localisations multiples successives. On remarquera le peu d'influence des interventions répétées sur l'évolution générale de la maladie.

Observation III

Urb... Feliciana, six ans.

Ostéomyélite du rachis et de l'apophyse épineuse de l'extrémité inférieure du fémur droit.

Entre le 8 novembre 1934 dans le service de M. le Professeur Rocher.

Début apparent le 3 novembre 1934, par de la douleur siégeant presque simultanément au niveau du dos et de la face interne du genou droit.

La température, qui n'a été prise que le jour de l'arrivée du médecin, le 6 novembre, est de 40° 4. Douleur violente, mais pas d'altération grave de l'état général en dehors de l'état fébrile signalé.

Le 8 novembre, transfert à l'hôpital. A l'examen, la palpation révèle au dos, au niveau de D. 10, une petite tuméfaction très douloureuse et nettement fluctuante. Sur la face interne du genou droit, qui dans l'ensemble paraît un peu augmenté de volume, il existe une petite grosseur du volume d'une noix, nettement fluctuante. Un peu d'adénite inguinale.

L'enfant paraît souffrir beaucoup et redoute l'examen.

Intervention le 8 novembre.

Anesthésie générale. Au niveau du genou, petite incision sur la tumeur qui n'est découverte qu'après avoir traversé le quadriceps. Ouverture de la poche : évacuation de pus chocolat de la valeur d'une cuillère à café.

Drainage. L'exploration au stylet n'a pas montré de contact osseux.

Dans le dos, incision cutanée qui donne immédiatement issue à du pus collecté dans la gouttière vertébrale droite. Le sommet de l'apophyse épineuse, dénudé, est nettement atteint. Il est réséqué à la pince gouge. Des réserves sont faites sur l'état de l'arc vertébral postérieur. Drainage.

Le 10 novembre 1934 : hémoculture positive à staphylo doré. On enlève le drain dans le dos, on le remplace par une mèche. La température tombe en Lysis.

Le 16 novembre : l'hémoculture est toujours positive. Ablation de la mèche le 17.

Le 29 novembre : la plaie suppure toujours. L'exploration au stylet ne conduit sur aucun contact osseux.

Le 30 novembre : la radio montre, au niveau de la face postérieure de l'extrémité inférieure du fémur gauche, deux espaces, l'un postérieur, de la grosseur d'une pièce de un franc, l'autre antérieur, de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes, aux contours flous correspondant à un début de suppuration osseuse.

Le 11 décembre 1934 : dans le dos, la plaie est presque entièrement cicatrisée, mais il persiste un peu de suppuration au genou. Supuration par le drain.

Les mouvements du genou sont conservés. Pas de douleur à la mobilisation. L'articulation paraît intacte.

Le 2 janvier 1935 : la radio montre l'atteinte osseuse de

l'extrémité inférieure du fémur gauche en progrès sur celle de la radio précédente.

Le 12 janvier 1935 : l'enfant s'en va, les plaies sont cicatrisées. Elle doit revenir à la consultation.

Forme septico-pyohémique développée sur un organisme résistant avec localisation apparues simultanément.

Malgré l'incision des foyers infectieux, l'hémoculture est restée positive jusqu'au 16, c'est-à-dire huit jours après l'intervention.

On remarquera le peu d'influence des interventions sur l'évolution de la septicémie.

Observation IV

Bac... Roger, seize ans.

Le malade entre à l'hôpital pour rhumatisme aigu et arthrite, le 26 août 1936.

Le début de l'affection remonte à la deuxième semaine d'août 1936.

Le malade a ressenti une légère douleur à l'extrémité supérieure du bras droit, le dimanche. Le lendemain, au cours de son travail, la douleur s'accroît, le malade s'alite avec 38° 5 de température. Quelques jours après, des douleurs surviennent à l'extrémité inférieure de la cuisse gauche. La fièvre est élevée à 40°, le malade souffre beaucoup. Vers le 20, l'état général s'aggrave. Le 26, le médecin constate du gonflement du bras et de l'extrémité inférieure du fémur; il conseille l'hospitalisation.

Le malade avait reçu quelques jours auparavant des piqûres de septicémine.

Le 27 août, à son arrivée à l'hôpital, le Docteur Lange pratique une arthrotomie de l'épaule droite et l'incision de l'abcès ostéomyélitique à l'extrémité inférieure de la cuisse gauche.

Suites opératoires bonnes.

Il se produit une hydarthrose réactionnelle de voisinage qu'on ponctionne à trois reprises. Les examens du liquide ne donnent rien.

Le 20 novembre 1936 : la radio décèle la présence de séquestres osseux. Après incision longitudinale de l'extrémité supérieure du bras droit, on enlève de nombreux séquestres osseux. On draine avec des mèches iodoformées. Suites bonnes.

Le 28 novembre 1936 : on change les mèches de la plaie du bras. Plaie satisfaisante. On change la mèche tous les quatre jours.

Le 12 décembre 1936 : du côté du fémur, le stylet introduit amène sur l'os dénudé. Le séquestre n'est pas mobile, mais nécessite un évidement.

Le 11 janvier 1937 : l'épaule droite n'a pas encore été mobilisée. Séquestre en voie de formation, à ce niveau.

Le 18 janvier 1937 : le pansement est refait; la plaie de l'extrémité inférieure du fémur gauche est en bonne voie de guérison. On observe la formation de nombreux bourgeons.

Le 19 février 1937 : sous anesthésie générale, on va enlever le séquestre de l'humérus décelé par la radio. Suites bonnes.

Observation typique de septico-pyohémie subaiguë prolongée à localisations multiples successives dans laquelle la prudence des interventions opératoires a donné des résultats très satisfaisants.

Observation V

Du... Henri, dix-sept ans.

Le malade entre à l'hôpital le 8 janvier 1935, pour des douleurs vives dans le tibia droit avec atteinte grave de l'état général.

L'infection a débuté sept jours auparavant (2 janvier) par de la fièvre, température à 39°, et une sensation de striction au niveau de la partie inféro-interne de la jambe droite.

A l'entrée du malade, l'état général est grave. Malade très fatigué. Température à 40°.

A l'examen, on constate au niveau de la jambe droite, à la partie inférieure, que la peau du membre est rouge violacé, tendue et œdémateuse.

La palpation est douloureuse, mais on arrive à délimiter

deux points électivement douloureux : l'un inférieur à trois travers de doigts au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; l'autre supérieure à quatre travers de doigts au-dessus de l'articulation du genou. Les articulations sus et sous-jacentes peuvent se mobiliser et paraissent indemnes.

On note au niveau de l'aine une grosse adénopathie un peu douloureuse.

Le 8 janvier : le malade a été examiné à 8 heures. A 10 heures, le Professeur Bégouin décide de l'opérer. Sous anesthésie générale à l'éther, le Professeur Bégouin pratique une diaphysectomie sous-périostée du tibia droit.

Après incision, on observe que toute la partie moyenne de l'os baigne dans du pus, le périoste étant décollé sur toute la périphérie. Le décollement périostique cessait à quatre travers de doigts au-dessous de l'interligne articulaire du genou et à trois travers de doigts au-dessus de l'interligne tibio-tarsien. C'est en ces deux points, où le périoste redevenait adhérent que l'os fut sectionné. Le périoste laissé a l'aspect jaune purulent. La moelle osseuse en haut n'a pas l'aspect purulent, mais en bas, au contraire, au-dessus du cou-de-pied, on trouve nettement du pus.

L'examen de ce pus décèle la présence de staphylo doré.

Les suites de l'opération sont excellentes au point de vue de l'état général. Les douleurs ont disparu, la température cède dès le lendemain de l'opération.

Le 9 janvier : le pansement est pratiqué; il s'écoule du pus et des lambeaux de tissu sphacelé en abondance.

Le 15 janvier : on rapproche les lèvres de la plaie. On laisse un petit orifice supérieur et un orifice inférieur dans lesquels on met un drain.

Le 7 février : on pratique une radiographie qui révèle un début de régénération osseuse.

Le 27 avril : le malade accuse une douleur au niveau de la tête du péroné droit. Celle-ci paraît volumineuse, à son niveau, on observe un point de douleur exquise et de la fluctuation. On pratique une ponction, à ce niveau, au bistouri : il sort une sérosité sanguinolente.

Le 29 avril : le genou se dévie en valgus. On pose un appareil plâtré.

Le 23 août 1935 : le malade sort de l'hôpital avec son appareil plâtré. Les fistules supérieure et inférieure ont presque entièrement guéri.

Les suites opératoires sont excellentes, mais il y a absence totale de consolidation, entre l'os nouveau et l'os ancien, et la récalcification ne se produit pas.

Le 16 janvier 1936 : le malade revient à l'hôpital.

Le 31 janvier 1936 : on pratique une greffe ostéoplastique à l'aide d'un segment de péroné gauche.

Localement, il y a absence de consolidation. Il y a cependant régénération de la partie moyenne du tibia — raccourcissement de quelques centimètres.

Le 20 juillet : devant ce tableau, le Professeur Bégouin propose au jeune malade une nouvelle greffe ostéoplastique. Le malade s'y refuse et réclame avec insistance l'amputation.

Celle-ci est pratiquée sous anesthésie à l'éther par M. le Professeur Papin : Amputation de cuisse. Drainage. Suites opératoires bonnes.

On enlève le drain le 23 août. Guérison.

Forme grave d'ostéomyélite aiguë bi-polaire. La gravité de l'état général semble surtout la conséquence de l'importance des lésions locales. La diaphysectomie précoce amène la chute de la température et la disparition des douleurs. Les résultats obtenus auraient vraisemblablement été définitifs si la diaphysectomie avait été plus large, emportant la totalité du fût diaphysaire dans ce cas d'ostéomyélite bi-polaire.

Formes aiguës localisées à un foyer

Observation VI

Har... Paulette, dix ans.

La malade entre dans le service de M. le Professeur Rocher, le 22 avril, pour ostéomyélite probable.

Quinze jours auparavant, la malade était tombée sur le genou et s'était fait une petite plaie ovalaire sur la rotule.

Cette plaie traitée par des pansements humides était en voie de cicatrisation, quand, une dizaine de jours plus tard, elle fit une nouvelle chute sur le même genou.

Le dimanche 19 avril, la malade commence à se plaindre de sa tête et se couche. Le lendemain, la température est à 39° 4. Ce n'est que le mardi que la malade se plaint de son genou gauche. La douleur augmente et devient très intense.

Son médecin l'envoie à l'hôpital. A l'examen : genou en demi-flexion, à peine augmenté de volume, avec chaleur locale, circulation veineuse collatérale.

A la palpation, on provoque une douleur intense au niveau de l'épiphyse inférieure du fémur, douleur qui a son siège maxima au niveau de la face externe de l'épiphyse. C'est pour cette raison qu'on va intervenir. Il n'existe pas d'abcès, on ne perçoit pas de fluctuation.

Le 22 avril : on intervient. Le matin de l'intervention l'enfant à 40° de température, le pouls est à 130.

Après rachi-anesthésie, on incise les parties molles sur la face externe de l'épiphyse inférieure du fémur. L'os dénudé ne présente, extérieurement, aucune lésion. On incise le périoste, il s'écoule un liquide graisseux. On décide de trépaner l'os : on enlève deux couronnes de trépan; on tombe sur une moelle osseuse rouge, congestionnée, mais il n'y a pas de pus. Dans la nuit du mardi au mercredi 22 avril, la malade avait eu des convulsions et le mercredi, avant de l'envoyer à l'hôpital, son médecin avait constaté du trismus.

A son arrivée à l'hôpital, le trismus était léger, la malade ne pouvait ouvrir la bouche quand on le lui demandait, mais celle-ci se laissait forcer avec un ouvre-bouche. On constatait alors qu'il n'existait aucune lésion locale, aucun abcès de l'amygdale pouvant expliquer ce trismus. Dans le courant de la journée, le trismus augmente et la malade présente quelques convulsions.

Pensant sur les suggestions du médecin traitant que ce trismus pouvait être dû à un tétanos associé à l'ostéomyélite, on fait 20 cc. de sérum antitétanique intra-rachidien et 30 cc. sous-cutané.

Après l'opération, la température est à 41°, le pouls à 150.

L'état général s'aggrave, la malade ne reconnaît plus personne.

On fait une hémoculture. Celle-ci révèle la présence de staphylocoque doré dans le sang.

On injecte 4 cc. de Pyoformine en intra-musculaire.

Malgré cela, le pouls s'accélère, devient filant et la malade meurt le 23 avril, à 4 heures du matin.

Observation d'ostéomyélite aiguë grave, manifestement aggravée par la trépanation précoce.

Observation VII

Liqu... Georges, dix ans.

Entre à l'hôpital le 24 novembre 1936.

Le début de la maladie remonte à dix jours. L'enfant en se levant se plaint dès qu'il met pied à terre. Température 38°.

Le médecin appelé quelques jours après recommande le repos et des badigeonnages à la teinture d'iode.

La température (39°) persiste, l'enfant est hospitalisé le 24 novembre.

Le 24 novembre : l'état général est touché, la température à 38°. Le malade un peu prostré souffre beaucoup.

A l'examen : le membre droit est en légère flexion et on y relève des traces de teinture d'iode.

Au palper : gros ganglions douloureux à l'aine.

On réveille une douleur nette à la partie interne du tibia droit, à son tiers supérieur et de la fluctuation. Par ailleurs, les muscles de la région présentent un peu d'hypotrophie.

Les mouvements de l'articulation du genou sont conservés.

La radio décèle un processus ostéomyélitique frappant la partie supérieure de la face interne du tibia droit.

Le 27 novembre : on met la jambe droite dans un plâtre qui immobilise la jambe et l'articulation du genou.

La radio montre une petite géode d'ulcération au niveau du cartilage de conjugaison du tibia. On pratique une fenêtre en ce point. Propidou.

Le 29 novembre : température 39°, le soir. Enfant agité, léger délire.

Le 30 novembre : état satisfaisant. Température 37° 6.

Le 3 décembre : état général excellent, la courbe de température est tombée, la fenêtre plâtrée laisse percevoir une fluctuation nette.

Le 4 décembre : sous anesthésie générale au chlorure d'étyle, incision de l'abcès sous-périosté. Du pus s'écoule spontanément. On sent dans la profondeur une sensation de sucre mouillé. Drainage. Le labo révèle la présence de staphylocoque dans le pus prélevé après incision.

Le 8 décembre : premier pansement. Ablation du drain.

Le 12 décembre : la plaie suinte légèrement. Le stylet ne révèle rien.

Le 19 décembre : cicatrisation totale de la plaie. Excellent état général.

Le 5 janvier 1937 : pas de température, toute douleur a disparu.

Le 13 janvier : ablation du plâtre.

La radio révèle une intense poussée ostéogénique comblant rapidement les lacunes.

Observation typique d'ostéomyélite aiguë franche.

L'abstention de toute intervention agressive à la période aiguë de l'affection, l'immobilisation stricte du membre suivie de la simple incision d'un abcès sous-périosté après sédation des phénomènes généraux ont suffi à donner une guérison rapide et sans incident.

Observation VIII

Cam... Raymond, six ans et demi.

L'enfant entre dans le service de M. le Professeur Rocher le 22 septembre 1936.

Le début de la maladie remonte au 20 septembre. L'enfant, qui était tombé de bicyclette la veille, ressent le 20 une douleur au pied droit et boite. La douleur, qui s'était un peu calmée

au cours de la journée, reprend dans la soirée, la marche devient impossible, en même temps que la température s'allume : fièvre à 38° 5. Le médecin conseille des compresses. Les nuits sont agitées, le malade délire.

Le 22 septembre, on l'amène à l'hôpital.

A ce moment, l'enfant — dont la température oscille entre 38° et 38° 5 — semble chétif, très amaigri. Il présente aux mains et en différents endroits des lésions impétigineuses. On note à l'œil gauche la présence d'un orgelet.

A l'inspection, la jambe gauche dont l'enfant se plaint présente de la rougeur et de la molléole externe. La palpation, très douloureuse, ne permet pas d'obtenir de renseignements intéressants; tout le péroné est douloureux et le moindre contact arrache des cris au malade. Il n'y a pas de ganglions.

On applique sur la molléole externe un pansement d'antiphlogistine.

A la radio, on ne note pas de réaction périostique, tout au plus une certaine raréfaction de l'os au niveau de l'épiphyse inférieure du péroné.

Le 24 septembre : le péroné est douloureux sur toute sa longueur, la jambe est rouge, œdématiée. La température descend en Lysis.

Le 29 septembre : la jambe est toujours enflée, les douleurs persistent. On note de la circulation collatérale. On continue les pansements d'antiphlogistine.

Le 30 septembre : la température est normale. M. le Docteur Pouyanne préconise l'incision.

Le 1er octobre : l'abcès s'est collecté sur les deux tiers inférieurs du fémur. On sent à ce niveau une fluctuation nette.

Sous anesthésie à l'éther, on incise cet abcès sous-périosté. Au-dessous, l'os est dénudé, mais il n'est pas sûr qu'il soit nécrosé. Aussi se borne-t-on à cette incision. Drain.

Appareil plâtré immobilisant l'articulation tibio-tarsienne.

Le 6 décembre : la plaie suppure toujours, la douleur persiste.

Le 19 décembre : ablation du drain. Plaie en excellente voie de guérison.

Le 27 décembre : on trouve deux petits séquestres dans la plaie. Radio.

Le 30 décembre : expulsion d'un nouveau séquestre.

Le 2 janvier 1937 : Expulsion d'un nouveau séquestre plus petit.

Le 3 janvier : Exéat. Le médecin traitant continuera les pansements.

Autre exemple de forme aiguë franche d'ostéomyélite.

La simple incision d'un abcès sous-périosté bien collecté pratiquée après sédation des phénomènes généraux a été suivie de la formation de quelques séquestres osseux peu importants qu'il a suffi d'enlever pour obtenir la guérison.

Ce beau résultat est encore obtenu grâce à la temporisation et à l'abstention de toute opération aggressive.

CONCLUSIONS

Le traitement de l'ostéomyélite aiguë étant dirigé avant tout par l'évolution de la maladie, il faut s'abstenir d'intervention d'urgence dès l'apparition des premiers symptômes.

Les formes graves septicémiques et septico-pyohémiques sont justiciables avant tout d'une thérapeutique médicale.

Les formes aiguës franches nécessitent essentiellement, au début, un traitement médico-orthopédique (vaccinothérapie, immobilisation stricte du membre) auquel on adjoindra parfois la simple incision de drainage d'un abcès sous-périosté bien collecté.

On s'abstiendra d'interventions osseuses précoces, inutiles, le plus souvent exposant aux déformations les plus graves.

On attendra la formation de séquestres dont on pratiquera l'ablation secondaire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
PIERRE MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
P. BÉGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 Avril 1937.
Le Recteur de l'Académie.
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Bégouin. — *Journal Médical de Bordeaux* (20-30 septembre 1935).

Ingelrans. — Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë. *Rapport présenté à la XIV^me^ Réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie* (1932).

Leveuf. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* (séances des 22 janvier 1936, 4 mars 1936, 17 juin 1936, 10 février 1937).

Lombard. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* (octobre 1936).

Mathieu. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* (séance du 22 avril 1934).

Petit. — Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë de la hanche de l'adolescent. *Thèse* (Paris, 1934).

Rocher, Roudil et Laporte. — L'ostéomyélite aiguë de croissance. Rapport du Professeur Rocher, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest* (séance du 14 avril 1932).

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.